

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus na ESF Monte Castelo em Pantano Grande/RS**

**Jaile Rodriguez Aguila**

**Pelotas, 2015**

**JAILE RODRIGUEZ AGUILA**

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus na ESF Monte Castelo em Pantano Grande/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Dayana Kelly Silva Oliveira.

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

A283m Aguila, Jaile Rodriguez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Monte Castelo Em Pantano Grande/Rs. / Jaile Rodriguez Aguila; Dayana Kelly Silva Oliveira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

84 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Oliveira, Dayana Kelly Silva, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À Deus, por me permitir chegar a este momento tão especial na minha vida, pelos triunfos e os momentos difíceis que tem me ensinado a valorizá-lo e amá-lo cada dia mais. À senhora Gelsi Alves, pessoa maravilhosa que me ensinou a continuar adiante nos momentos mais complicados e ocupou o lugar mais sagrado, "Mãe". À senhora Sonia, (nossa maravilhosa Secretária de Saúde), a senhora Salete, seu esposo o senhor Rudy, a senhora Seloir, o senhor Carlos Alberto e a senhora Jussara Alves, que hoje formam parte da minha família. Aos meus colegas de trabalho, essa maravilhosa equipe que devagar me ajudaram a chegar ao final do caminho e me deram a força necessária para hoje poder estar aqui, sem eles teria sido impossível. À minha família, que embora esteja longe, está no meu coração para me apoiar e guiar sempre e minha bela esposa.

## **Agradecimentos**

Um agradecimento muito especial à professora Dayana Kelly Silva Oliveira, quem sempre me orientou, apoiou e corrigiu ao longo do curso, com um interesse e uma entrega que tem ultrapassado todas as expectativas, que como aluno, depositei na sua pessoa. Obrigado Professora.

## Resumo

AGUILA, Jaile Rodriguez. **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na ESF Monte Castelo em Pantano Grande/RS**. 2015. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Atualmente a doença cardiovascular é uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, tendo o Brasil participação neste grupo. Os principais fatores de risco para sofrer este tipo de patologia são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) que a cada dia sua incidência é maior. O Brasil tem uma prevalência de HAS que varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em pessoas com mais de 70 anos de idade, e uma prevalência de DM de 5,6% em usuários acima de 18 em 2011, com uma estimativa para o ano 2030 de um 11,3%. Trata-se de uma intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos da ESF de Monte Castelo, que pertence ao Município de Pantano Grande/RS, num período de 12 semanas. As ações foram organizadas em 4 eixos (Monitoramento e Avaliação; Organização e Gestão do Serviço; Engajamento Público; Qualificação da Prática Clínica) e ao longo deste processo, foram cadastrados 234 usuários hipertensos, atingindo uma cobertura do 100%, e 69 usuários diabéticos, alcançando 100% de cobertura também para este grupo. Foram realizadas várias ações com o objetivo de melhorar a cobertura e qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, dentro destas destacam-se: Estratificação do Risco Cardiovascular, exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular ao 100% dos usuários; foram avaliados também a necessidade de atendimento odontológico, atualização dos registros, realizar encontros com a população com o objetivo de elevar a cultura sanitária da mesma. Estes instrumentos dão a possibilidade ao profissional de melhorar a qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos da ESF de Monte Castelo, além de contribuir para a preparação dos mesmos.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Doença Crônica; hipertensão; Diabetes Mellitus.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	54
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	55
Figura 3	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	56
Figura 4	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	57
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	58
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	59
Figura 7	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	60
Figura 8	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	61
Figura 9	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	64
Figura 10	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	64

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS-	Agente comunitário da Saúde
APS-	Atenção Primária de saúde
DCV-	Doença Cardiovascular
DF-	Distrito Federal
DM-	Diabetes Mellitus
ECG-	Eletrcardiograma
EEG-	Eletronecefalograma
QUE-	Exame Quantitativo de Urina
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT-	Hemoglicoteste
HIV-	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS-	Ministério da Saúde
NASF-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA-	Pressão Arterial
RM-	Ressonância Magnética
RS-	Rio Grande do Sul
SIAB-	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS-	Sistema Único de Saúde
UBS-	Unidade Básica de Saúde
USF-	Unidade de Saúde da Família



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	18
2. Análise Estratégica.....	19
2.1. Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e metas.....	21
2.2.1 Objetivo geral.....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	21
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações .....	23
2.3.2 Indicadores .....	40
2.3.3 Logística.....	47
2.3.4 Cronograma .....	50
3 Relatório da Intervenção.....	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	53
4 Avaliação da intervenção.....	54
4.1 Resultados .....	54
4.2 Discussão.....	70
5 Relatório da intervenção para gestores .....	73
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	74
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	77
Referências .....	78
Anexos .....	79

## **Apresentação**

O presente volume refere-se ao trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família - Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), sendo constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a cobertura e qualidade da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos na ESF Monte Castelo, residentes no interior do município de Pântano Grande/RS.

O TCC apresenta uma organização em cinco unidades principais de trabalho, que estão de forma sequenciais e interligadas. A análise Situacional será elaborada e apresentada na primeira parte, descrevendo o município no qual a ESF está localizada, as características da unidade de saúde e da rede de atenção à saúde do município. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica através da elaboração de um Projeto de Intervenção, descrevendo a justificativa, objetivos, metodologia, logística e cronograma de execução. A terceira unidade apresenta o relatório da intervenção realizado ao longo de 12 semanas, com a descrição das facilidades e dificuldades encontradas para a realização das atividades propostas. Na quarta parte vemos a avaliação da intervenção, constituída pelos resultados com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, que foram construídos ao longo da intervenção; a discussão que traz a importância da intervenção para a equipe, serviço e comunidade, além dos relatórios para os gestores e para a comunidade. A quinta parte trata sobre a reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Para finalizar o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Eu trabalho na ESF de Monte Castelo que fica no Município de Pântano Grande, é um dos distritos do Município, fica bem na área rural do Município de Pântano. É uma população com um alto índice de pobreza, tem aproximadamente de 2.200 a 2.500 habitantes. A ESF tem um funcionamento contínuo, ambiente agradável entre funcionários da saúde e com a população, onde presta uma atenção com mais qualidade para os usuários. Os principais problemas encontrados são problemas sociais, culturais, biológicos ou psicológicos que levam à aparição de doenças e a um desequilíbrio saúde-enfermidade, além de problemas como um alto índice de alcoolismo e tabagismo, onde 70% da população bebe, fuma e consome drogas. Também encontramos a baixa possibilidade para continuar os estudos depois dos 17 anos, isto é o resultado do baixo nível cultural das pessoas, pobreza e as escassas possibilidades de estudo provocado por diferentes fatores. Tudo isto encaminha a um alto índice de usuários que consomem remédios controlados (Diazepam, Bromazepam, Sertralina, Amitriptilina, entre outros), gestantes adolescentes e a baixa cultura sanitária são outros problemas achados. Temos um número significativo de usuários com Hipertensão Arterial e a Diabetes mellitus tipo II em idades jovens (de 25-40 anos), tanto do sexo feminino como masculino, dado principalmente pelo sedentarismo, dieta inadequada, estresse. As doenças infecciosas mais achadas foram o parasitismo intestinal, processos virais como a gripe, mas temos pontos positivos como baixo índice de mortalidade materna, mortalidade infantil, desde meu começo em 12 de abril até agora, esses parâmetros estão em 0. Outro ponto positivo é o controle de usuários com HIV.

Neste momento estamos trabalhando na melhoria da atenção médica aumentando o número de atendimentos, dando um seguimento contínuo ao usuário

doente; efetuando as visitas domiciliares, estas com uma aceitação muito positiva da população; realizando palestras a diferentes grupos vulneráveis (Idosos, Gestantes, Adolescentes, usuários Alcoólatras), levando e transmitindo promoção e prevenção de saúde. O mais importante é a saúde da população e sempre lembramos que “a melhor Medicina não é a que cura, se não a que evita e faz precaver”.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

A unidade de Monte Castelo fica no interior do Município de Pântano Grande RS, aproximadamente uns 20 km da cidade, oferece cobertura aos distritos de Aroeiras e a Várzea, assim como a população de diferentes vilas como Passo do Canto, Pedregais, Venda Velha, Vila Gonçalves, Cerrito, Dois Cerros e Divisa. A população da unidade é aproximadamente de 1.750 usuários.

Antes a UBS era um posto de saúde que foi remodelado e ampliado, onde ainda se encontra nesse processo de remodelação, faltando alguns equipamentos para sua finalização. Comecei a trabalhar na unidade em abril de 2014, sendo ainda um posto de saúde, que já se encontrava em ampliação. A unidade oferece atendimento em 2 turnos ao dia, de segunda a sexta, não tem número de fichas, todos os usuários que chegam à unidade precisando atendimento médico são atendidos. As visitas domiciliares são programadas com o objetivo de atender primeiramente os lugares de difícil acesso e as pessoas mais necessitadas. A unidade não tem apoio de nenhum NASF, pois o município não tem formado este grupo de apoio. O atendimento pelos especialistas como Ginecologista, Pediatra, Nutricionista, Psicóloga, são centralizadas no município, nós encaminhamos as grávidas, crianças e adultos até os mesmos.

O acompanhamento do pré-natal pela obstetra também é no município. Para especialidades como Cardiologia, Psiquiatria, Urologia, Neurologia, entre outras, os usuários são encaminhados pelo SUS através da secretaria de saúde e o tempo para estas consultas levam até meses para acontecer. As emergências e urgências que precisam de internação hospitalar (SUS) são encaminhadas para o Hospital de referência que fica no Município de Rio Pardo. Já existiram ocasiões do hospital não querer aceitar usuários do município, mas as autoridades municipais em conjunto com a enfermeira da Unidade deram solução a esse problema. O município tem um laboratório onde realiza os exames complementares (SUS) para os usuários que

precisam, assim como os indicados na atenção ao Pré-natal. Os exames realizados são Hemograma completo, Glicemia em Jejum e de duas horas, Colesterol Total, HDL, Triglicerídeos, EQU, Urocultura, HbsAg, Tipagem sanguínea e Fator Rh, Teste rápido HIV e sífilis, Parasitológico de Fezes, Citopatológico de colo de útero, ECG e outros. Até agora, o cumprimento é ótimo e a acessibilidade é de 100% dos usuários. Existem outros grupos de exames como Rx, Tomografia, RM, EEG e outros são marcados pela secretaria de saúde e demoram um pouco mais para serem realizados. O exame sorológico para a Toxoplasmose IgM e IgG é pago pelo usuário.

A unidade tem total vínculo com o SUS, já que nela tudo responde ao Sistema Único de Saúde Brasileiro. O povo de Monte Castelo tem uma escola onde assistem crianças de 4 até 17 anos, tendo educação infantil e ensino fundamental (1º ao 9º ano), continuam o ensino médio (1º, 2º e 3º anos) na cidade de Pântano Grande. A parceria com a escola é muito boa, temos dado palestras com várias temáticas para diferentes grupos de alunos, conforme os interesses dos mesmos, como: Higiene, Planejamento Familiar, Sexualidade na adolescência, Drogas, Tabagismo e alcoolismo. Também temos tido o apoio quando precisamos de algum local para palestras com a comunidade, pois a escola sempre disponibiliza. O modelo atual da unidade é como uma ESF tradicional onde são atendidas gestantes crianças e adultos com uma equipe da família criada. A equipe da unidade é formada por uma enfermeira, um médico clínico geral, três técnicas (próximo mês vai começar outra técnica de enfermagem na equipe), uma odontóloga, 4 agentes de saúde e uma recepcionista. A equipe precisa da odontóloga 40 horas como está estabelecido pelo ministério da saúde e uma auxiliar de consultório dentário, assim como o apoio de diferentes especialidades que se encontram centralizadas na cidade de Pântano Grande.

A estrutura da UBS tem uma sala de espera para uma capacidade aproximadamente para 15 pessoas; 2 consultórios com sanitários; uma sala de vacinas; uma sala de reunião; um banheiro para usuários e um banheiro para funcionários, banheiro para deficientes ainda não está terminado. Temos uma farmácia pequena; tem uma sala para curativos e procedimentos que também se usa para fazer nebulizações, até que finalize a obra; uma sala odontológica; uma cozinha; a sala de recepção; a lavagem e descontaminação de material acontecem na mesma sala onde se faz a esterilização; a sala de expurgo está em processo de

finalização e também temos um local para guardar material de limpeza. A UBS não tem uma sala de Escovário, nem sala de utilidades. Uma das coisas que temos que parabenizar foi à finalização do prédio e a estrutura que é ótima. O apoio das autoridades quanto ao transporte para realizar as visitas domiciliares nos lugares mais distantes do município é ótimo. Um dos aspectos negativos é ainda a falta de equipamento para que comece a funcionar de uma vez a UBS e, além disso, a falta de internet prejudicando a atualização dos funcionários da UBS. O comprometimento das autoridades e gestores é uma das soluções possíveis para cumprir com estas deficiências, tendo em conta que nosso trabalho é só encaminhar estas situações até o órgão competente.

As visitas domiciliares programáticas, as palestras em centros de ensino e a participação da população nas atividades realizadas para eles na comunidade é um dos sucessos alcançados pela equipe e tudo isto só foi possível pelo trabalho e a unidade entre os membros dela. A organização do trabalho, escutar e debater opiniões, identificar fatores de risco, pesquisa de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus em usuários jovens, principalmente, acompanhamento de usuários no domicílio (internação domiciliar), são algumas das coisas que nossa equipe faz, melhorando continuamente a cultura sanitária e a saúde da população. Infelizmente a unidade não tem internet, ferramenta importante para agilizar, capacitar, preparar e atualizar a equipe, questão fundamental para uma melhor interpretação de diferentes problemas percebidos na população e a maneira adequada para dar solução a estes. O comprometimento das autoridades do município para solucionar estes problemas de uma forma ou outra provocam limitações na atenção à saúde da população, mas já temos falado em várias ocasiões e estamos na espera da solução definitiva.

Em relação à distribuição da faixa etária não concorda com o Caderno de Ações Programáticas, sendo da seguinte forma: de 0-4 anos 88 usuários para 5%, deles 13 são menores de um ano; de 5-14 anos 113 usuários para 6,5%, de 15-59 anos 1.276 usuários para 72,9%; 60 anos ou mais 273 usuários para 15,6%, predominando o sexo feminino, para um total de 1750 usuários. O tamanho da equipe fornece as demandas da população. A organização da equipe inicia-se a partir das reuniões realizadas onde se faz o planejamento das estratégias que devem ser realizadas durante a semana, agendando visitas domiciliares, encontros com a população, atenção aos programas estabelecidos, programação de consultas

e a cobertura para a demanda espontânea que possa aparecer no transcurso do trabalho.

O fluxo de usuários no início foi significativo, provocando uma demanda espontânea, não eram demandas imediatas ou prioritárias as quais exigiam ações e decisões urgentes. Quero lhes dizer que estamos em presença de um povo carente de atenção, carente de possibilidades tanto materiais como espirituais, todos esses fatores, incluindo o acolhimento, influenciaram para que muitos usuários procurassem atenção médica, mas depois da formação da equipe e da estabilidade do médico, em conjunto com as ações coletivas realizadas com a comunidade pela equipe esta demanda diminuiu muito.

A atenção à saúde da criança em minha unidade é uma das coisas prioritárias, sendo um dos pontos nas reuniões da equipe. O seguimento das consultas de puericultura está acontecendo nos dias planejados e de forma programática, lembrando sempre à equipe durante as reuniões da importância deste programa. Na unidade temos um registro para o controle de todas as crianças menores de um ano que são 13 (100% de cobertura), onde planejamos as consultas pelo protocolo do Ministério da Saúde do Brasil (Caderno de Atenção Básica 33-Saúde da Criança). Temos identificadas todas as crianças de 1-4 anos, sendo 75 (100% de cobertura) que estão sendo acompanhadas pela UBS, mas ainda não conseguimos instalar as consultas de puericultura a este grupo. O fator fundamental pelo qual ainda não iniciamos as consultas programáticas a esta faixa etária é a falta de espaço para a planificação das mesmas. A equipe está trabalhando, organizando e pensando na possibilidade de começar no próximo mês com o término da UBS, onde iniciaremos com grupos e dedicaremos o turno da tarde, duas vezes ao mês, para a atenção das crianças que se encontram neste grupo. Outras ações que estamos desenvolvendo, é o intercambio da equipe nas visitas domiciliares com as famílias destes bebês, orientando e explicando os cuidados e atenções que se deve ter com eles. Temos atingido a assistência de 100% das crianças menores de um ano às consultas, trabalho muito difícil por ser uma população rural, onde muitas destas crianças moram em lugares muitos distantes da unidade de saúde e preferem ir até o município e consultar com o pediatra da área, mas com o trabalho da equipe e através das visitas domiciliares temos alcançado a assistência das mães à consulta de puericultura programadas na unidade. Consulta, onde se explica e orienta-se à mãe sobre aleitamento materno, vantagens para ela e para o bebê,

cuidados da criança, vacinação, monitoramento do peso e tamanho, assim como desenvolvimento da criança em geral. Isto é uns dos aspectos positivos que atingimos, pois antes além do desconhecimento das mães também existia pouco conhecimento dos protocolos de saúde por parte da equipe. Para este próximo ano estamos planejando atividades na escola com caráter educativo, tanto para as crianças como para as mães, com o apoio das autoridades do município e da direção da escola, e a participação da população em geral, incentivando educar e melhorar a saúde do futuro do povo brasileiro.

O pré-natal é mais um dos programas onde todos os membros da equipe estão comprometidos. A organização no trabalho, o acolhimento das grávidas pelos funcionários da UBS, o contato com a população em palestras, visitas domiciliares, encontros na comunidade e o cumprimento dos protocolos de saúde, incluindo o calendário para as consultas (Caderno de Atenção Básica- Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco), têm dado resultado positivo com a chegada cada vez mais cedo das gestantes à unidade para começar o pré-natal; a assistência às consultas em dia, a realização dos exames complementares no tempo estabelecido, a vacinação em dia, assim como outras vantagens, obtendo com isto identificar prematuramente os fatores de risco para assim eliminá-los ou minimizá-los, alcançando que cada gestante possa chegar até o final da gestação em ótimas condições, ganhando um recém-nascido saudável e um puerpério sem complicações.

O número de gestantes na UBS é de 11, com uma cobertura de 100%, tendo um registro específico para este grupo, permitindo um melhor controle e organização das consultas e ações realizadas pela equipe. Temos apenas 3 puérperas, sendo todas acompanhadas, atingindo 100% de cobertura. Além das consultas programáticas, a equipe realiza visitas domiciliares sistemáticas, realizamos encontros na comunidade onde através de debate, socializamos com elas temas como: aleitamento materno, parto normal, cuidados do recém-nascido entre outros e ouvimos suas dúvidas e vivências, fazendo desse momento uma troca de ideias e conhecimentos favoráveis para todos. Também nas consultas, sempre dedico um espaço para lhes falar da importância do controle da pressão arterial, o peso, assistência às consultas, a importância de tomar o sulfato ferroso e ácido fólico e esclarecer dúvidas que possam ter.

Nas reuniões de equipe o pré-natal é um tema de debate, onde avaliamos as gestantes, procurando quais têm mais riscos, quais precisam de mais atendimento,



quais não assistiram à consulta anterior, quais precisam de uma visita urgente, evitando com isto falhas na atenção. Devo dizer que hoje graças ao trabalho que estamos realizando não só com as grávidas, mas também com toda a população, que tem participação ativa e a grande aceitação dos mesmos nas ações que realizamos, tem melhorado muito o programa. Ainda temos que continuar, ainda falta muitas coisas por fazer, como por exemplo, a gravidez na adolescência, sendo este grupo o mais vulnerável das complicações na gestação, tanto biológicas como psicológicas, neste momento temos trabalhado em conjunto com a escola para dar palestras sobre o tema. Outra dificuldade são as consultas com psicologia e nutrição principalmente porque não temos estes profissionais na área, pois são centralizadas no município, as autoridades se comprometeram que no próximo mês começarão estas consultas na unidade, melhorando assim a atenção integral das gestantes. O acompanhamento pela obstetra é ótimo, garantindo uma atenção com mais qualidade, mas também é centralizado na cidade.

O programa de prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama é muito importante para a saúde pública de cada país, sendo estes tipos de neoplasias as mais comuns nas mulheres. Na UBS não existem registros das mulheres que realizam a coleta do exame citopatológico, nem mamografia, estes registros encontram-se num posto central que fica no município, pois a unidade ainda está em ampliação, além disso, os prontuários clínicos estavam desatualizados o que dificulta fazer um monitoramento sistemático como deve ser feito do programa. A coleta do exame citopatológico é organizada uma vez por mês, tendo às vezes falhas e demorando um pouco mais, provocando um grande número de mulheres com um atraso de mais de 6 meses e outro grupo que nunca têm realizado nem pela primeira vez o exame.

Todos estes fatores dão uma avaliação do programa deficiente, sabendo a importância e as consequências que isto provoca. A equipe está adotando estratégias, fazem 2 meses que realizam palestras, conversando com as mulheres que chegam à unidade e explicando a importância do diagnóstico precoce destas neoplasias. Outra ação que realizamos foi a criação de um registro na unidade, onde se incluem todas as mulheres com atraso e as que nunca fizeram o exame, visitando-as depois e lhe explicando as vantagens da realização do mesmo. Em conjunto com as autoridades municipais organizamos para o dia 17 deste mês a

realização do exame citopatológico naquelas mulheres que têm atrasos e que nunca fizeram.

Um dos fatores que causa maior impacto na deficiente avaliação do programa é a falta de conhecimento sobre a realização do exame por parte das usuárias, além disso, soma-se a baixa cultura sanitária da população. Tenho que destacar que para o controle do câncer de mama não funciona assim, a cobertura é melhor, (173 mulheres entre 50 e 69 anos, para 96% de cobertura), que para a prevenção do câncer do colo de útero (451 mulheres entre 25 e 64 para uma cobertura de 94%), com uma maior participação das usuárias. No mês de outubro foi realizada a campanha de prevenção do câncer de mama, onde fizemos palestras, organizamos encontros de debates com as usuárias e a população, alcançando fazendo com que mulheres que nunca tinham realizado uma avaliação e outras com atraso procurassem nosso serviço para fazer o exame de mama e a mamografia. Realmente, foi um aspecto positivo conseguido pelo trabalho da equipe, incentivando à população a cuidar da saúde, mas ainda temos muito que fazer.

Em relação à atenção dos usuários hipertensos e diabéticos (224 hipertensos com uma cobertura dos 57% e 74 diabéticos com uma cobertura do 66%), a unidade conta com registros específicos e atualizados, como o cadastramento de hipertensão e o prontuário clínico, permitindo a organização das consultas programáticas para estes usuários e um melhor controle dos mesmos. Desde que iniciei na unidade e a formação da equipe começamos a fazer ações destinadas a descobrir o universo real de hipertensos e diabéticos na população, nos motivando pelo alto índice destas doenças em usuários jovens. A pesquisa ativa foi uma das tarefas realizadas pela equipe, demonstrando um aumento significativo de novos casos (incidência) na comunidade.

A criação de grupos permitiu através das palestras e debates que as pessoas soubessem os riscos e complicações ocasionadas por estas doenças, assim como identificar sintomas, os modelos de tratamento e classificações das doenças, sendo esta última, um problema até para a equipe, que às vezes perdia usuários com critérios de hipertensão e diabetes por desconhecimento dos protocolos de saúde (Cadernos de Atenção Básica- Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus- Brasília-DF 2013). Nas reuniões de equipe sempre oferecemos capacitações de muitos temas incluindo estes, elevando os conhecimentos básicos dos funcionários para melhorar a saúde da população da área de abrangência. Uma

das dificuldades que apresentamos é a ruralidade da unidade, tendo usuários idosos morando muito longe do posto, somente podendo se visitar de carro. Estes usuários perdem todas as ações educativas feitas para a população e em particular para este grupo de usuários.

O envelhecimento populacional tem aumentado muito nas últimas décadas sendo um fator a tratar importante em muitos países. A minha área de abrangência tem um total de 273 usuários maiores de 60 anos sendo 15,6% da população total. Na unidade não existe um registro específico para este grupo de usuários, mas os prontuários clínicos, as fichas de vacinação e odontológicas encontram-se atualizados. O acolhimento da pessoa idosa na minha unidade é diferenciado, dando mais apoio emocional por parte da equipe e realizando trabalhos em grupo como debates e palestras de diferentes temas de importância para eles, onde toda a equipe participa ativamente. Nas reuniões, sempre abordamos temas de capacitação para melhorar o atendimento aos idosos, tendo presente que o peso da mobilidade de doenças crônicas como Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus entre outras, encontra-se neste grupo. Um dos problemas encontrados é que temos muitos usuários idosos morando muito longe da unidade, dificultando a acessibilidade ao posto, incluindo neste grupo pessoas acamadas e com dificuldades físicas. Uma das estratégias realizadas pela equipe é a visita a estes usuários com mais sistematicidade, oferecendo maior apoio e segurança para os familiares.

No transcurso da unidade fui melhorando a visão de como encaminhar o trabalho de forma organizada. Os questionários me deram a possibilidade de inserir na UBS muitos registros que não existiam e organizar o trabalho para um melhor funcionamento. Além disso, ajudaram a modificação da área física da UBS, ganhando em organização para um melhor atendimento. Na medida em que fomos adquirindo experiências e unidade como equipe também foram surgindo situações e vivências agradáveis. O Caderno de Ações Programáticas nos demonstrou quanto trabalho ainda falta por fazer para melhorar os indicadores de qualidade e a cobertura de diferentes grupos na área de abrangência.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Fazendo uma comparação da situação inicial da UBS/ESF com o relatório de análise situacional vejo aspectos positivos alcançados pela equipe da unidade, por exemplo: temos internado a mais de 15 usuários alcoólatras para reabilitação, as palestras e debates com os adolescentes, incentivando-os na continuação dos estudos, a programação das visitas domiciliares, a diminuição do número de usuários tomando remédios controlados e mudanças do estilo de vida da população, diminuindo o número de usuários com Hiperlipidemia mista e síndrome Metabólica, evitando em longo prazo DM e DCV. Comparativamente, a UBS tem avançado muito graças à organização e o esforço da equipe. Quero ressaltar e agradecer o trabalho dos funcionários com que estou trabalhando, a unidade entre nós e a aceitação com que fui acolhido, além do maravilhoso trabalho que veem fazendo ou longo destes meses.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1. Justificativa**

Atualmente a doença cardiovascular é uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, tendo o Brasil participação neste grupo. Os principais fatores de risco para sofrer este tipo de patologia são a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus que cada dia sua incidência é maior. O Brasil tem uma prevalência de HAS que varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em pessoas com mais de 70 anos de idade, e uma prevalência de Diabetes Mellitus de 5,6% em usuários acima de 18 anos em 2011, com uma estimativa para o ano 2030 de 11,3% (BRASIL, 2013).

Fazendo uma avaliação destes números considero que estas doenças são um grande problema de saúde para o povo brasileiro, incluindo a comunidade onde nossa equipe trabalha. No começo quando realizei a pesquisa para dar resposta à reflexão correspondente a estas enfermidades o número de usuários Hipertensos era de 224 para 12,8% da população com uma cobertura de 57%, e o número de pessoas diabéticas era de 74 para 4,2% da população e cobertura de 66%, hoje a realidade é outra muito maior, concordando com o que acontece atualmente no país. Desde meu início quando a unidade começou a trabalhar como ESF casos novos destas doenças foram aparecendo com muita frequência, identificados nas consultas assim como nas pesquisas realizadas na comunidade, desde esse momento a equipe criou ações destinadas a descobrir a cobertura real existente na área podendo atuar de forma mais organizada e eficaz.

A unidade de saúde de Monte Castelo fica no interior do município de Pântano Grande RS, uns 20 Km da cidade, atende uma população aproximada de 1.750 pessoas, a maioria pobre e muito carente de atenção, além disso oferece cobertura aos distritos da Aroeiras e a Várzea. Começou como ESF no mês de maio,

antes era um posto de saúde que foi remodelado e apresenta uma equipe de 11 profissionais. Os atendimentos são oferecidos em 2 turnos sem números de fichas, com planejamento para o Pré-natal, consultas de Puericultura e atenção aos diferentes grupos, assim como a realização das visitas domiciliares e os encontros com a população que são agendados. As reuniões de equipe são as quartas-feiras, onde fazemos a cronologia do trabalho da semana e damos capacitações, assim como a análise de diferentes temas de trabalho. A unidade apresenta moradores muito distantes da mesma, os quais são priorizados na questão de visita domiciliar.

A população alvo da intervenção é de 1498 (pessoas acima de 20 anos), atualmente a unidade atende uns 1112 usuários para uma cobertura de 74,2%. O total de hipertensos é de 224 tendo deles as consultas e a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico em dia 91 usuários para 41% e o número de usuários diabéticos é de 74, com consultas e estratificação de risco cardiovascular em dia 58 deles para 78%. Os hipertensos com acompanhamento odontológico em dia são 31 para 14% e diabéticos com avaliação odontológica em dia são 21 para 28%. O trabalho com este grupo de usuários é diferenciado. À aparição de casos novos, a morbimortalidade na área, complicações como Infartos do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Insuficiência Arterial, desatualização e falta de registros, entre outras, foi o que nos motivou a trabalhar neste tema. Ações como palestras, encontros com a população, orientações nas visitas domiciliares e nas consultas sobre como melhorar o estilo de vida eliminando hábitos tóxicos e realizando atividades físicas, são algumas das questões a tratar com eles.

Este projeto vai nos permitir melhorar a qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos da área de cobertura, além de descobrir essa morbidade oculta existente na mesma, sendo muito importante na prevenção de complicações fatais que podem aparecer com o passar do tempo se não são bem diagnosticadas e tratadas estas patologias. A aparição de casos novos nestes últimos 7 meses e o desconhecimento dos protocolos por parte da equipe, me fez pensar em realizar a intervenção neste tema. A equipe no passar da intervenção vai se organizar e preparar melhor, os agentes comunitários de saúde, as técnicas e a enfermeira identificarão os fatores de risco e farão o controle da PA e glicose na população alvo com eficácia, baseando-se nos protocolos estabelecidos pelo Ministério de Saúde. A ruralidade da população é um dos principais problemas na realização deste trabalho, temos moradores que vivem muito distante da unidade e a acessibilidade até eles, é

difícil, mas acho que é uma dificuldade e não uma limitação, pois a equipe está sempre procurando estratégias para melhorar a qualidade de vida destas pessoas. Outro ponto negativo é a falta de conhecimento da população, o trabalho teve que ser começado desde a base, trabalhando intensamente na promoção e prevenção de saúde. Sabemos que mudar a forma de pensar das pessoas é uma tarefa difícil, mas temos tido muito apoio e aceitação por parte da comunidade. O cumprimento dos protocolos e o desempenho da equipe contribuirão a elevar a qualidade de vida dos usuários da área de abrangência, reduzindo a incidência e evitando complicações nos casos já existentes.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na ESF Monte Castelo em Pântano Grande – RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Metas 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.



**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto será estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas. Será realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) Monte Castelo, no Município de Pântano Grande/RS. Participarão da intervenção 234 usuários hipertensos e 69 usuários diabéticos (fonte: senso dos Agentes Comunitários de Saúde, 2014), onde se fez uma avaliação geral, incluindo os contextos sociais, biológicos e psicológicos dos indivíduos. Além de buscar soluções aos problemas achados, temos como objetivo minimizar os riscos cardiovasculares que acontecem na maioria dos usuários com estas doenças, e prever a incidência na população alvo.

As ações deste projeto serão desenvolvidas em 4 eixos: Organização e gestão do serviço, Monitoramento e avaliação, Engajamento público, Qualificação da prática clínica.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Monitoramento e avaliação:**

**Ações:**

Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Detalhamento:**

Será monitorado através das pesquisas ativas feitas pela equipe de saúde nas visitas domiciliares, pelos prontuários dos usuários, ficha de HIPERDIA, pelas fichas-espelho como também do banco de dados e das planilhas de coleta de dados.

**Organização e gestão do serviço:**

**Ações:**

Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Garantir material adequado para realização do Hemoglicoteste na unidade de saúde.

**Detalhamento:**

Será realizado pelas técnicas e enfermeira o cadastro na Ficha do HIPERDIA a todo usuário diabético e hipertenso, assim como atualização do prontuário clínico com as consultas em dia e exames complementares conforme caderno de Atenção Básica a hipertensos e diabéticos. Será realizada capacitação aos funcionários de saúde da equipe pelo Médico no primeiro encontro com o tema de acolhimento com a finalidade de melhorar a qualidade do atendimento ao usuário, desde a recepção. A enfermeira solicitará a Prefeitura Municipal materiais adequados como, folhas, modelagem de exames complementares e receitas, canetas, esfigmomanômetro novos e calibração dos antigos, para a utilização dos mesmos nos usuários diabéticos e hipertensos.

**Engajamento Público:****Ações:**

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:**

Realizaremos palestras e grupos (equipe de saúde) para a orientação sobre o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus com a população alvo, estas serão realizadas em locais que foram preparados pelas autoridades locais e a população. Nas consultas será explicado sobre o tema, sobre a importância do rastreamento dessas doenças, a importância de medir a pressão arterial e controle da glicemia e fatores de risco.

**Qualificação da Prática Clínica:****Ações:**

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do Hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento:**

O Médico capacitará a equipe nas reuniões (1 vez por semana) sobre o programa de atenção ao Hipertenso e Diabético na realização de cadastramento,

realização de Hemoglicoteste e verificação de PA de forma adequada, tendo uma primeira parte teórica e uma segunda parte que seria prática.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

#### **Detalhamento:**

Será realizado pelo Médico, enfermeira e ACS visita domiciliar e consultas clínicas agendadas aos usuários diabéticos e hipertensos, como também encontro com esses grupos. Nas consultas ou visitas serão realizados pedidos de exames complementares de acordo com o Caderno de Atenção Básica, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular e avaliação da necessidade de atendimento odontológico a todos usuários diabetes e/ou hipertensos pelo menos 1 vez ao ano.

#### **Monitoramento e Avaliação:**

##### **Ações:**

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

#### **Detalhamento:**

Será monitorado (Enfermeira) através dos prontuários clínicos a realização dos exames complementares indicados nas consultas e visitas domiciliares, além disso, as verificações dos exames clínicos se foram feitos na periodicidade. A monitorização do acesso aos medicamentos será realizada na consulta através do diálogo entre equipe e indivíduo. O monitoramento dos usuários que necessitam de atendimento odontológico realiza-se em combinação com a odontóloga.

#### **Organização e Gestão do Serviço.**

##### **Ações:**

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

### **Detalhamento:**

O exame clínico será realizado pelo médico e enfermeira, onde começa pela verificação de pressão arterial, pulsos, Hemoglicoteste (HGT), altura, peso e classificação do usuário em relação às cores (verde, amarelo e vermelho). E continua com anamnese e o exame físico feito pelo médico. A capacitação será realizada semanalmente em reunião de equipe sobre os protocolos conforme o Ministério da Saúde (MS), que será presente na unidade (Caderno de Atenção Básica N° 36 e 37, Brasília- DF, 2013). O fluxo da solicitação de exames complementares será realizado conforme o estabelecido pelo MS (2013), o cumprimento desta ação é ideal na unidade. O controle de estoque é realizado pela enfermeira e pelas técnicas de enfermagem semanalmente. No período em 15 em 15 dias será organizada uma agenda da consulta odontológica para usuários com hipertensão e diabetes.

**Engajamento Público.****Ações:**

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:**

Serão orientadas nas consultas, visitas domiciliares e encontros com os grupos sobre o risco de doenças cardiovasculares, necessidade de exames complementares, ao direito dos usuários quanto aos medicamentos populares e também a importância de uma vez ao ano a avaliação da saúde bucal aos usuários com HAS e DM.

**Qualificação da Prática Clínica.****Ações:**

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

#### **Detalhamento:**

A capacitação será realizada em reunião de equipe com atualização dos temas de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Assim, melhorando a visão dos profissionais na procura de fatores de risco na população-alvo, no tratamento e na avaliação da necessidade do atendimento odontológico, permitindo minimizar as complicações tardias destas doenças.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

#### **Detalhamento:**

Procurar através do monitoramento dos prontuários clínicos os usuários faltosos às consultas agendadas. Realizar visitas domiciliares destes usuários para conhecer o motivo da ausência.

#### **Monitoramento e Avaliação.**

##### **Ações:**



Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

**Detalhamento:**

Será Monitorado pelo Médico e Enfermeira semanalmente nas reuniões de equipe o usuário faltoso às consultas agendadas e estabelecidas pelo MS.

**Organização e Gestão do Serviço:**

**Ações:**

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:**

Serão realizadas visitas domiciliares semanalmente pelo Médico, enfermeira e ACS para buscar usuários faltosos às consultas programadas. Essas visitas serão planejadas nas reuniões feitas semanalmente.

**Engajamento Público.**

**Ações:**

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:**

Através das palestras e encontro com a comunidade, será orientado sobre a importância da assistência nas consultas e sobre a periodicidade das mesmas. Além

disso, serão escutadas propostas dos usuários para melhorar a assistência dos doentes à unidade de saúde.

### **Qualificação da Prática Clínica.**

#### **Ações:**

Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

#### **Detalhamento:**

Nas reuniões de equipe (semanalmente) serão capacitados os agentes comunitários de saúde nos temas HAS/DM (e outros temas) baseado nos protocolos do MS.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### **Detalhamento:**

A revisão sistemática e monitoramento dos prontuários clínicos vai nos permitir manter a organização dos mesmos.

### **Monitoramento e Avaliação.**

#### **Ações:**

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

#### **Detalhamento:**

O monitoramento da qualidade dos registros se realizará semanalmente, onde se faz uma avaliação dos mesmos, procurando ausência de consultas, medicamentos e indicação de exames.

### **Organização e Gestão do serviço.**

#### **Ações:**

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

#### **Detalhamento:**

A unidade de saúde no começo não tinha o sistema de informação implantado, agora a atualização se faz contínua e de forma organizada. O acompanhamento dos usuários é registrado no prontuário clínico, igual que as internações domiciliares, mas serão criadas fichas específicas para este tipo de atendimento. Todos os registros estão sendo monitorados pela enfermeira e médico semanal. A forma de registro e a organização na planificação das consultas programáticas têm diminuído as ausências e as complicações associadas com este problema.

### **Engajamento Público.**

#### **Ações:**

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

#### **Detalhamento:**

Todos os usuários terão conhecimento sobre a importância dos registros na unidade e poderão ter acesso a uma segunda via se precisarem.

**Qualificação da Prática Clínica.****Ações:**

Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:**

Nas capacitações de equipe (semanalmente) orienta-se a todos os profissionais o adequado preenchimento dos prontuários clínicos, sendo este um documento importantíssimo na vida de cada usuário. Além disso, ensinamos como registrar de forma adequada todos os procedimentos clínicos em cada consulta.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento:**

Realizaremos uma anamnese e um exame clínico minucioso de cada usuário, além de indicar os exames completos. Classificaremos ao usuário em baixo, intermédio ou alto risco baseado no escore de Framingham (Cadernos de Atenção Básica 37).

**Monitoramento e Avaliação.****Ações:**

Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:**

Realizaremos monitoramento de todos os usuários com HAS e DM que não tenham estratificação do risco cardiovascular pelo menos uma vez por ano, com o objetivo de classificá-los em baixo, intermédio e alto risco, e atuar sobre os fatores de riscos modificáveis, tentando minimizar o dano a órgãos-alvo. A sistematicidade das consultas programáticas depende deste rastreamento.

**Organização e Gestão do Serviço.****Ações:**

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento:**

Daremos prioridade de atendimento aos usuários avaliados de alto risco. Serão programadas as consultas de acordo com os protocolos do MS, e o atendimento será programado para um turno de trabalho, permitindo assim uma melhor avaliação do usuário.

**Engajamento Público.****Ações:**

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Detalhamento:**

Nas palestras e encontros com a comunidade será orientada à população da importância de assistir às consultas agendadas pelos profissionais de saúde da UBS, além de explicar-lhes o nível de risco que eles têm, com a intenção que o usuário conheça das possíveis complicações que podem acontecer no futuro, e contar com uma maior responsabilidade do mesmo enquanto seu problema de saúde. Será orientada a importância de mudar estilos de vida, eliminando o hábito

de fumar, diminuindo o consumo de álcool, realização sistemática de atividade física para eliminar o sedentarismo, e o uso de uma alimentação saudável.

### **Qualificação da Prática Clínica.**

#### **Ações:**

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés em usuários Diabéticos.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

#### **Detalhamento:**

Nas capacitações realizadas na UBS com o objetivo de melhorar a atenção à população e elevar a qualidade de vida da mesma, trataremos temas de como fazer a estratificação de risco cardiovascular segundo o escore de Framingham (Protocolos do MS), atingindo que todos os membros da equipe consigam realizar este procedimento. Além disso, indicaremos a importância de identificar os fatores de riscos e trabalhar na modificação dos mesmos, assim como a organização na hora de registrar esta avaliação.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Metas 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Detalhamento:**

Será orientado a todos os usuários hipertensos e diabéticos sobre a importância de se alimentar saudavelmente, além de orientar fazer atividades físicas frequentemente e cuidar da saúde bucal, explicaremos sobre a importância que tem estes temas no controle destas doenças nas consultas, visitas domiciliares e encontros com a comunidade.

**Monitoramento e Avaliação.**

**Ações:**

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

**Detalhamento:**

Será monitorado através dos prontuários e fichas espelhos, se foi indicado nas consultas a realização de atividades físicas, alimentação saudável, riscos do tabagismo e saúde bucal. Além disso, monitoraremos nas visitas domiciliares e nos encontros com a população se os usuários estão cumprindo com as indicações.

**Organização e Gestão do Serviço.**

**Ações:**

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento:**

Serão organizados encontros com a comunidade onde realizaremos atividades orientando a forma de se alimentar saudavelmente, realizar atividades físicas corretamente com o objetivo de minimizar os riscos cardiovasculares gerados por estas doenças. Será comunicado à secretaria de saúde para obter o apoio de educadores físicos e nutricionistas nestas atividades, formando assim uma equipe multidisciplinar.

Comunicaremos ao gestor a necessidade de comprar medicamentos para ajudar ao tratamento do abandono ao tabagismo. Tarefa importante pelos riscos que este produz para a saúde nestes usuários.



Organizaremos um tempo médio de consultas de 25 minutos para todos os usuários hipertensos e diabético, com o objetivo de orientar individualmente sobre todos estes temas.

### **Engajamento Público.**

#### **Ações:**

Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

#### **Detalhamento:**

Nos encontros com a comunidade serão convocados usuários e familiares para que todos tenham conhecimentos básicos sobre a realização de atividades físicas, uma alimentação saudável, abandono do tabagismo e uma ótima saúde bucal. Também nas visitas domiciliares falaremos sobre estes temas com a família em geral para ter apoio deles no cumprimento das orientações.

### **Qualificação da Prática Clínica.**

#### **Ações:**

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

### **Detalhamento:**

Capacitaremos à equipe de saúde nos temas sobre alimentação saudável, tabagismo, prática de atividade física e saúde bucal. Explicaremos a importância de trabalhar na base da promoção em saúde.

## **2.3.2 Indicadores**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.1-** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.2-** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.1-** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertenso com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.2-** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3-** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4-** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5-** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6-** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7-** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1-** Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2-** Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.1-** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.2:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.1-** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2-** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Numerador: Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Metas 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.1:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Numerador: Número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.2-** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Numerador: Número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.3:** Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.4-** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.5-** Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Números de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.6-** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Números de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.7:** Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.



Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.8-** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

### 2.3.3. Logística

Para a realização da intervenção serão utilizados os Cadernos de Atenção Básica nº 36 e 37 Hipertensões Arteriais Sistêmicas (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), Brasília – DF, 2013. Além disso, utilizaremos o Caderno de Atenção Primária nº 29, Rastreamento, Brasília – DF, 2010. Utilizaremos a ficha de hiperdia, onde serão cadastrados todos os usuários com diabetes e hipertensão, realizado em duas vias, uma fica na unidade e a outra é arquivada no município; o prontuário clínico do usuário com todos os dados do mesmo e criaremos uma ficha complementar onde serão registradas todas as informações específicas para o cálculo dos indicadores, sendo anexada à ficha espelho disponibilizada pelo curso.

O objetivo do nosso projeto é atingir 100% de cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos na área de abrangência, e melhorar a qualidade de vida dos mesmos, baseados nos protocolos de saúde do MS. Para isto será organizado o trabalho e a enfermeira da equipe revisará os registros com uma frequência semanal, identificando os usuários faltosos a consulta e com exames atrasados. Realizaremos o exame clínico adequado, fazendo avaliação do risco cardiovascular dos usuários com HAS e DM, incluindo a avaliação correta que se deve fazer aos usuários com Diabetes, evitando complicações como úlceras e outras afecções vasculares, medir os pulsos tibial e pedioso e observação dos pés serão ações realizadas. Serão indicados também os exames complementares nas consultas e

visitas domiciliares com a frequência estabelecida nos protocolos. O tratamento farmacológico será priorizado na farmácia popular. Todas estas ações serão registradas no prontuário clínico com uma cópia idêntica na ficha espelho, onde também será anexado: atraso na consulta programática, exames complementares em atraso, avaliação do risco cardiovascular (se não foi realizado e data da última realização), calendário das consultas que deve fazer o usuário anualmente. As folhas e as impressões serão realizadas em combinação com a secretaria de saúde do município.

A identificação e monitoramento de 100% dos hipertensos e diabéticos será realizado através das pesquisas ativas, visitas domiciliares e nas consultas na unidade. Será monitorado e atualizado os prontuários clínicos e fichas espelho. A equipe tem um carro para realizar as visitas domiciliares até os lugares mais rurais da área, assim como pessoal qualificado para realizar esta ação, além disso tem vários esfigmomanômetros para medir a pressão arterial (PA) e teste de HGT para a medição da glicemia, e as fitas para a realização do mesmo. Os responsáveis pela ação serão os Agentes Comunitários de Saúde, técnicas de enfermagem, Enfermeira e Médico.

A capacitação dos profissionais será realizada na unidade de saúde, nas quartas-feiras no horário da tarde nas reuniões da equipe. Serão designadas 2 horas com esse objetivo. A capacitação apresentará duas partes, uma parte teórica e uma parte prática, e serão utilizados os protocolos estabelecidos pelo MS. Medição correta da PA e teste HGT, identificar fatores de riscos, realização da avaliação do risco cardiovascular, interpretação de exames, registro adequado de todos os procedimentos clínicos realizados em todas as consultas, cadastro correto dos usuários, como se deve realizar a visita domiciliar - estas capacitações serão efetuadas na primeira e terceira semana. A unidade já tem uma área com as condições necessárias para a realização das reuniões e capacitações. Responsável pela capacitação será o médico.

Os encontros com a comunidade e com os líderes nos ajudará muito na identificação e busca dos usuários com HAS e DM. Estes encontros serão efetuados de 15 em 15 dias. Orientaremos sobre mudanças do estilo de vida, alimentação adequada, abandono do cigarro, consumo de álcool adequado, atividade física, controle sistemática da pressão arterial e da glicemia, a importância de assistir às consultas programáticas, realizar exames complementares, entre outros. Estas

atividades serão realizadas no Pavilhão da Igreja, com capacidade para umas 150 pessoas, aproximadamente e no horário da tarde nas quintas-feiras de 15 em 15 dias. O material será disponibilizado pela secretaria de saúde. Responsáveis pela ação serão os agentes comunitários de saúde, técnicas de enfermagem, enfermeira e médico.

O monitoramento dos prontuários clínicos e fichas espelhos procurando usuários com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais e avaliação do risco cardiovascular atrasados será realizado pela enfermeira semanalmente e analisado nas reuniões de equipe.

[illegible]

### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Foram cadastrados 100% dos usuários Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência que foram consultados, melhorando assim o programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e preenchendo uma ficha espelho para cada um deles, além de atualizar e organizar seus prontuários clínicos. Nosso objetivo era cadastrar 100% dos usuários com estas doenças para manter um maior controle dos mesmos e foi atingido. Também foram indicados exames complementares, realizado exame clínico adequado, priorizamos os medicamentos, para o controle destas doenças, na farmácia popular de graça, evitando abandono do tratamento por não ter boa solvência econômica para comprar na farmácia particular, lembrando que é uma comunidade da classe pobre.

Além disso, garantimos o atendimento odontológico e fizemos encontros em grupos para elevar a cultura sanitária dos indivíduos. Todas estas ações foram realizadas com cada um dos usuários que se encontravam neste grupo, com o objetivo de melhorar e elevar a qualidade de vida deles. Nas consultas, somado ao interrogatório e o exame físico, realizamos a todos a estratificação do risco cardiovascular. Isto nos permitiu classificá-los em baixo, moderado e alto risco, o que mudaria o número de consultas e o cuidado do usuário de acordo com o risco.

Através das pesquisas ativas, encontramos usuários hipertensos que não sabiam que tinham a doença, pois não tinham assistido à UBS por anos, todos estes indivíduos e outros que eram faltosos foram resgatados e inseridos novamente no programa.

Realizamos muitos encontros com a população, todos produtivos e dinâmicos, com grande valor educacional, uns organizados por nós e outros

organizados por eles mesmos, já que estiveram muito ligados com a equipe nestas 12 semanas. Trocas de ideias, preconceitos, dúvidas, falsos conceitos e outros aspectos foram questões de esclarecimento naquelas reuniões, além de ensinar muitas coisas que poderiam aplicar e transmitir a outros. Os encontros com os grupos foram outras realizadas com igual contexto. As capacitações da equipe foi outra das ações realizadas, elevando a formação de nossos profissionais de saúde, conseguindo com isto melhorar a saúde da população alvo.

Ao começo surgiram algumas dificuldades com a intervenção. A população não sabia o que seria ou como iria se desenvolver este processo, na realidade não tinha o menor conhecimento do que iria acontecer nestes maravilhosos 3 meses. Vou ser mais sincero, nem eles nem nós. Muitos prontuários clínicos estavam desatualizados, mas com o esforço da enfermeira e das técnicas na pesquisa de registros desatualizados, todos os prontuários (100% deles) estão atualizados e organizados. Outro problema foi a saúde bucal, a UBS não apresenta este serviço, mas recebemos o apoio da odontóloga, lhe agendando consultas para usuários com necessidade de atendimento odontológico, e participando nas palestras e alguns encontros com a comunidade, mas falta muito ainda, o propósito é contar com este serviço e fazê-lo funcionar como está estabelecido pelo Ministério da Saúde.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Em toda a intervenção não aconteceu nenhuma situação que não pudéssemos resolver. Todas as ações foram desenvolvidas e o cronograma foi respeitado integralmente sem dificuldade. Só aconteceram alguns imprevistos, mas nada que afetasse o desenvolvimento e sucesso da intervenção.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

A forma e organização dos registros nos permitiu coletar e arquivar todos os dados necessários para a intervenção. Tudo isto facilitou de forma mais dinâmica e prática o preenchimento das planilhas de coletas de dados de cada semana. Não tivemos dificuldade com este processo graças ao bom trabalho destes maravilhosos anjos que formam minha equipe.

Na semana número 10, no relatório parcial da intervenção, pensávamos que não poderíamos atingir a meta proposta, que era cadastrar o 100% dos usuários, mas a equipe se esforçou e com o apoio dos usuários também, conseguimos chegar até o último usuário hipertenso e diabético.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

A intervenção chegou para ficar e mudar muitas coisas na ESF Monte Castelo e, principalmente, nesta população. No dia a dia são realizadas muitas funções destinadas não só à intervenção se não também aos diferentes grupos e programas que estão se cumprindo na UBS baseados nos Protocolos do Ministério da Saúde. Desde o acolhimento até o momento em que o usuário sai do posto está programado de uma forma maravilhosa. A busca ativa de usuários faltosos às consultas, as visitas domiciliares, os encontros com os grupos, as análises dos diferentes aspectos de trabalho nas reuniões de equipe, enfim, tudo foi organizado e realizado graças ao esforço de cada profissional da saúde que trabalha nesta ESF. O objetivo final foi sempre melhorar e elevar a saúde desta população que hoje se sente muito agradecida, pois trabalhamos por eles e para eles. A UBS continuará com este sistema de qualidade atingido pela intervenção, e agora trabalharemos para melhorar os demais programas e na perfeição das dificuldades encontradas na intervenção.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção realizada na população da Comunidade de Monte Castelo nos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) foi uma ferramenta muito importante para elevar a qualidade de vida deste grupo de pessoas. Na área de abrangência correspondente à ESF Monte Castelo do Município de Pântano Grande no Estado RS existem 234 usuários com HAS e 69 usuários com DM. A intervenção focalizou os distritos de Monte Castelo, Aroeiras e Várzea, além das pequenas localidades situadas dentro destes distritos como: Pedregais, Passo do Canto, Divisa e Venda Velha.

Em relação aos benefícios atingidos com a intervenção para o bem-estar dos usuários Hipertensos e Diabéticos notamos uma maior conscientização em relação aos riscos que podem levar ao agravamento ou desenvolvimento destas doenças como: prática de atividade física, abandono do tabagismo, alimentação saudável, assistência às consultas agendadas entre outros.

#### **Objetivo: 1- Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.**

##### **Metas:**

Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

##### **Indicadores:**

Proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes



Mellitus da unidade de saúde entre o número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Proporção de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde entre o número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Do total de usuários hipertensos que foram 234, sendo no mês 1 um total de 97 hipertensos (41,5%), 168 no mês 2 (71,8%), e no mês 3 os 234 atingindo 100% deles. Com relação aos usuários diabéticos que eram 69 foram cadastrados 32 no mês 1 (46,4%), 43 no mês 2 (62,3%), e no mês 3 foram 69, totalizando os 100%. A meta foi cadastrar 100% dos usuários com HAS e DM, atingindo ao final da intervenção esta cifra na área de abrangência.

O resultado obtido foi a consequência do trabalho de uma equipe bem organizada e capaz de alcançar as metas propostas. O trabalho dos agentes comunitários, técnicas e enfermeira foi fundamental na divulgação do projeto e nas orientações e resultados do mesmo.

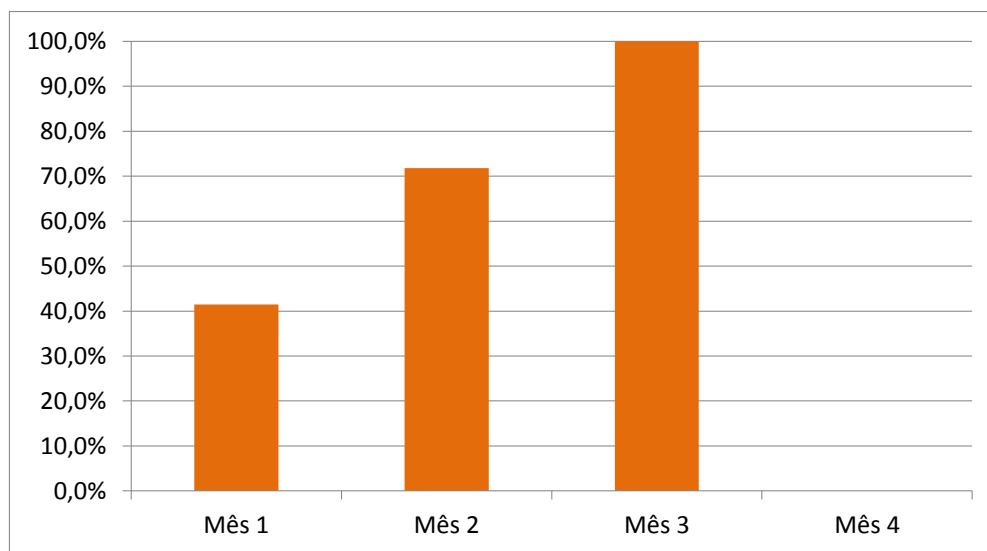


Figura 1 – Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

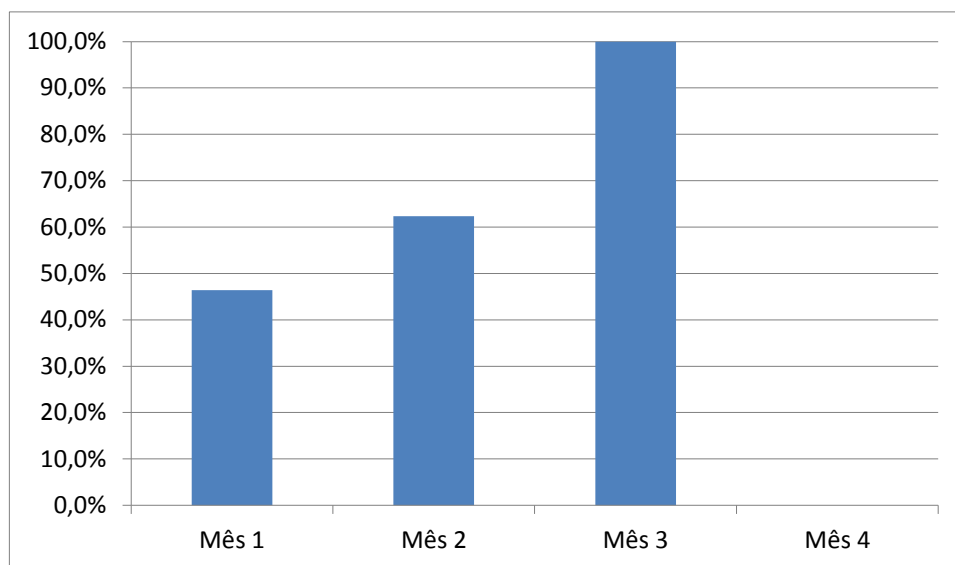


Figura 2 – Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.  
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

**Objetivo: 2-Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.**

**Metas:**

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.**

Indicador: Proporção de hipertensos com exame clínico apropriado entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Do total de 234 usuários com HAS foi realizado nas consultas o exame clínico apropriado em dia a 76 (78,4%) no primeiro mês, 133 (79,2%) no segundo mês, e 177 (75,6%) no terceiro mês. A causa deste 75,6% final foi devido a que 57 usuários faltosos às consultas programadas pelos protocolos do Ministério da Saúde pelo qual não conseguimos atingir 100% que era nossa meta. Incluímos neste exame físico apropriado o exame físico geral, regional e por aparelhos.

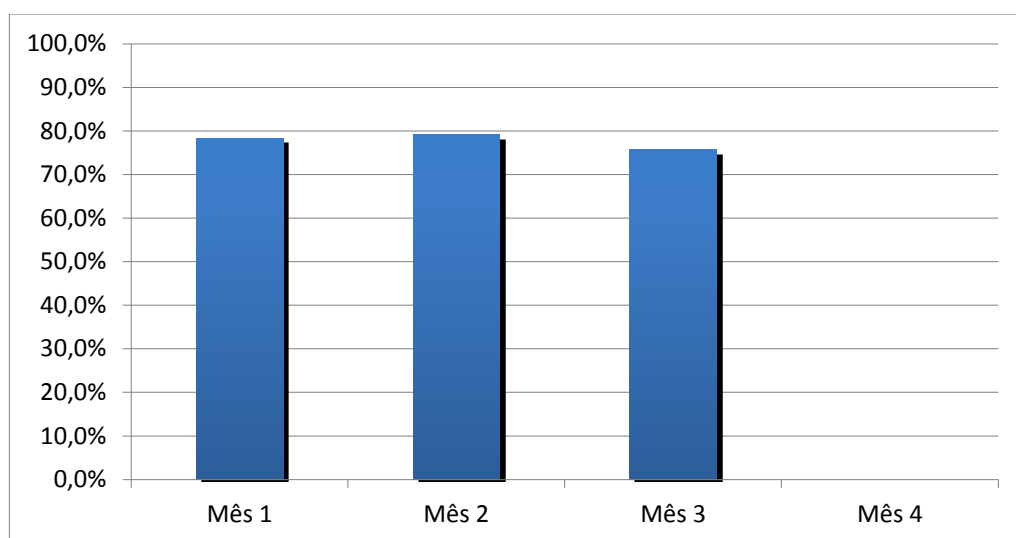


Figura 3 – Gráfico da Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

### **Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.**

Indicador: Proporção de diabéticos com exame clínico apropriado entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Do total de 69 usuários com DM foi realizado nas consultas o exame clínico apropriado em dia a 30 (93,8%) no primeiro mês, 41 (95,3%) no segundo mês e 58 (84,1%) no terceiro mês. A causa deste 84,1% final foi devido a que 11 usuários foram faltosos às consultas programadas pelo Ministério da Saúde pelo qual não conseguimos atingir nossa meta que era o 100%. Incluímos neste exame físico apropriado o exame físico geral, regional e por aparelhos.

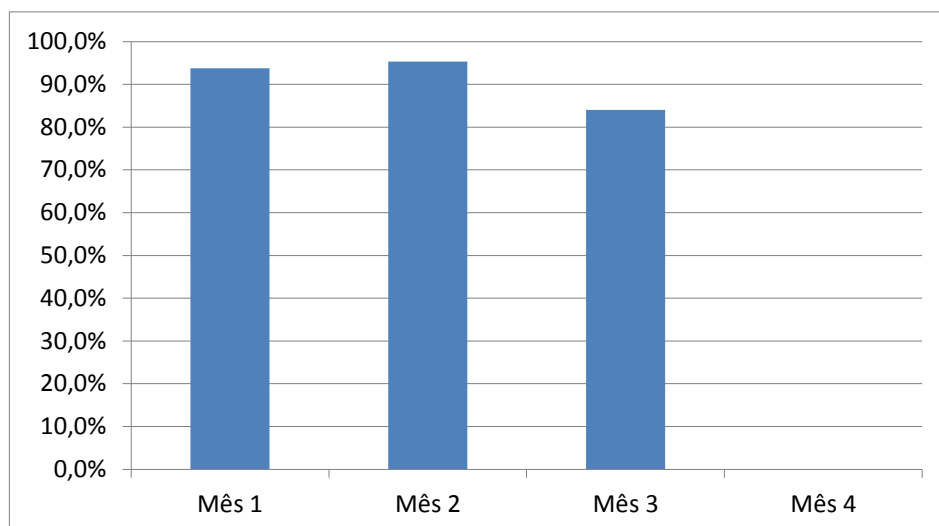


Figura 4 – Gráfico da Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

### **Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

Indicador: Proporção total de hipertensos com exame complementar em dia entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Quanto à solicitação de exames complementares periódicos dos usuários hipertensos foi prescrito no primeiro mês 76 (78,4%), no segundo mês 133 (79,2%) e 177 (75%) no terceiro mês. Do total de 234 indivíduos 57 foram faltosos às consultas e não conseguimos estabelecer contato com eles para realizar o exame clínico nem indicar os exames complementares. Temos que destacar que a todos os usuários que foram indicados os exames todos foram conscientes e responsáveis e fizeram.

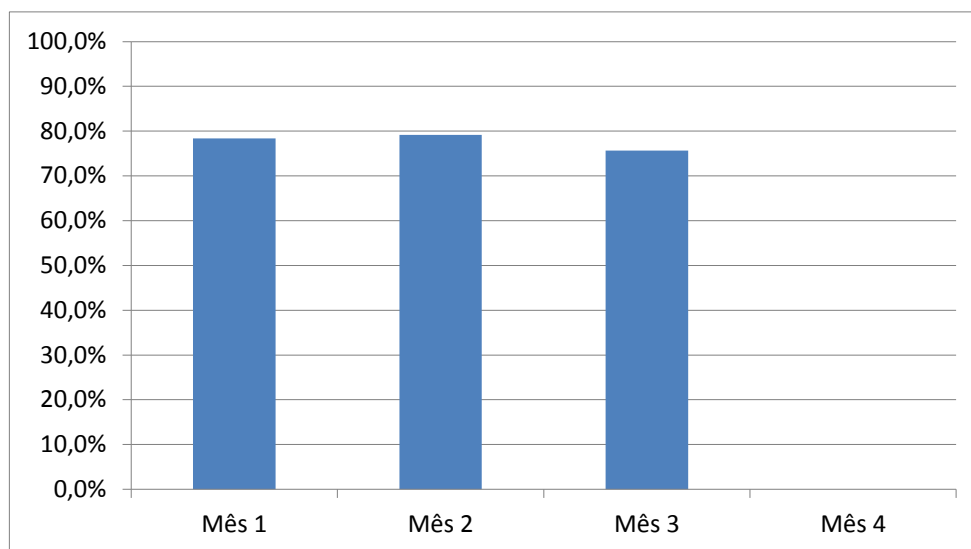


Figura 5 – Gráfico da Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

### **Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

Indicador: Proporção total de diabéticos com exame complementar em dia entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Quanto à solicitação de exames complementares periódicos dos usuários diabéticos foi prescrito a 30 (93,8%) no primeiro mês, 41(95,3%) no segundo mês e 58 (84,1%) no terceiro mês. Do total de 69 indivíduos, 11 foram faltosos às consultas e não conseguimos estabelecer contato com eles para realizar o exame clínico nem indicar os exames complementares. Temos que destacar que a todos os usuários que foram indicados os exames todos foram responsáveis e conscientes e fizeram.

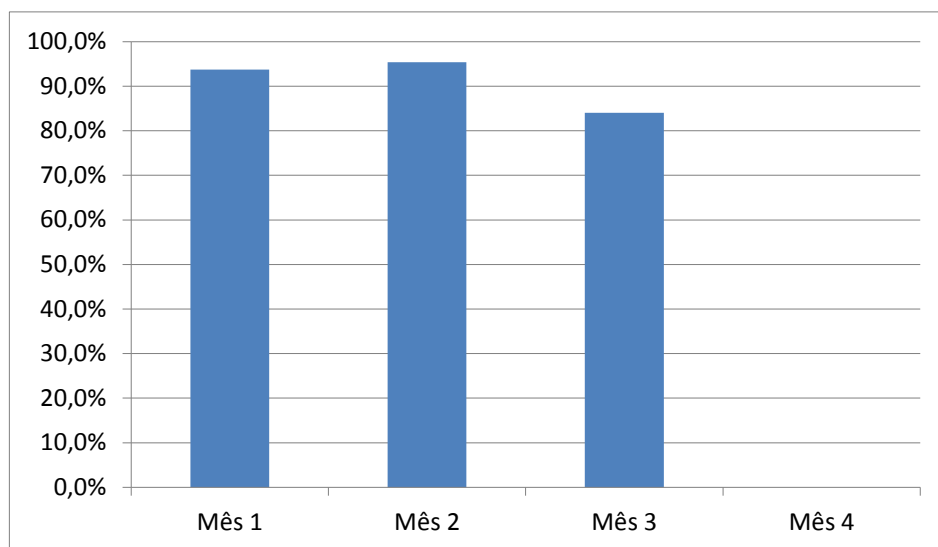


Figura 6 – Gráfico da Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

### **Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.**

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia entre o número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Em relação à prescrição de medicamentos da farmácia popular dos usuários hipertensos foram indicados a 96 (100%) no primeiro mês, 166 (100%) no segundo mês e 234 no terceiro mês, atingindo 100%. Isso vai nos permitir ajudar a estes indivíduos, lembrando que muitos, a grande maioria, não têm uma economia sustentável e são pessoas muito pobres que não têm a possibilidade de comprar nas farmácias particulares.

### **Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.**

Indicador: Numerador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia entre o número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Em relação à prescrição de medicamentos da farmácia popular dos usuários diabéticos foram indicados a 32 (100%) no primeiro mês, 43 (100%) no segundo mês, e 69 no terceiro mês, atingindo o 100% deles. Isso vai nos permitir ajudar a estes indivíduos, lembrando que muitos, a grande maioria, não têm uma economia sustentável, e são pessoas muito pobres que não têm a possibilidade de comprar nas farmácias populares.

### **Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.**

Indicador: Numerador: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre o número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

De acordo com o atendimento odontológico temos que destacar que apesar da Unidade de Saúde não apresentar o serviço de Saúde Bucal, tivemos um grande apoio da odontóloga. Foram atendidos um total de 41 usuários hipertensos para 42,3% no primeiro mês, 81 (48,2%) no segundo mês e 111 (47,4%) no terceiro mês. A falta de Saúde Bucal na ESF prejudica muito os indivíduos, já que não podemos ofertar uma atenção mais integral e multidisciplinar. Estamos tentando cada dia de inserir este serviço na unidade, pressionando às autoridades e responsáveis para que possam dar solução a este problema.

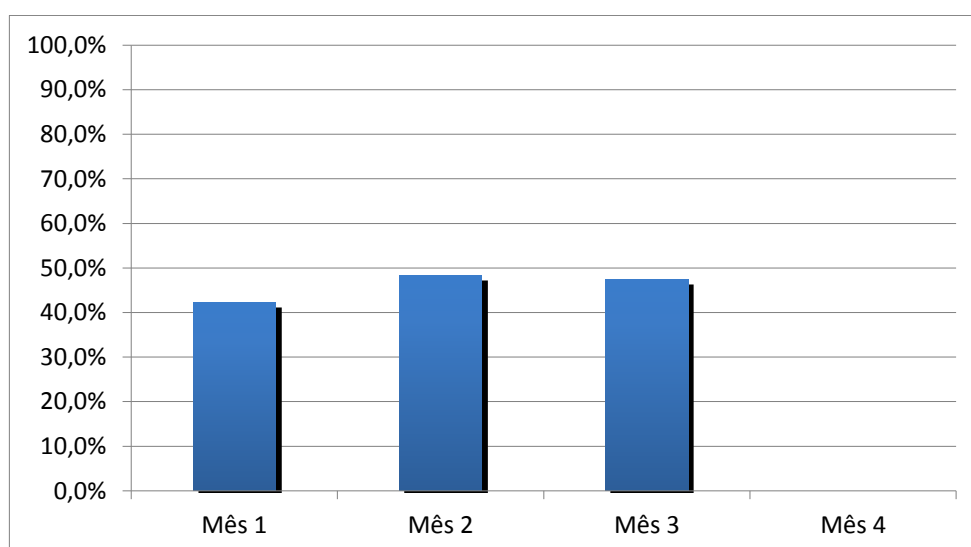


Figura 7 – Gráfico da Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

### **Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.**

Numerador: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre o número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

De acordo com o atendimento odontológico temos que destacar que apesar da Unidade de Saúde não apresentar o serviço de Saúde Bucal, tivemos um grande apoio da odontóloga. Foram atendidos um total de 20 usuários diabéticos para 62,5% no primeiro mês, 29 (67,4%) no segundo mês e 42 (60,9%) no terceiro mês. Neste grupo de usuários o atendimento foi melhor que nos usuários hipertensos pelas complicações que podem se apresentar nesta doença. A falta de Saúde Bucal na ESF prejudica muito aos indivíduos, já que não podemos ofertar uma atenção mais integral e multidisciplinar. Estamos tentando cada dia de inserir este serviço na unidade, pressionando às autoridades e responsáveis para que possam dar solução a este problema.

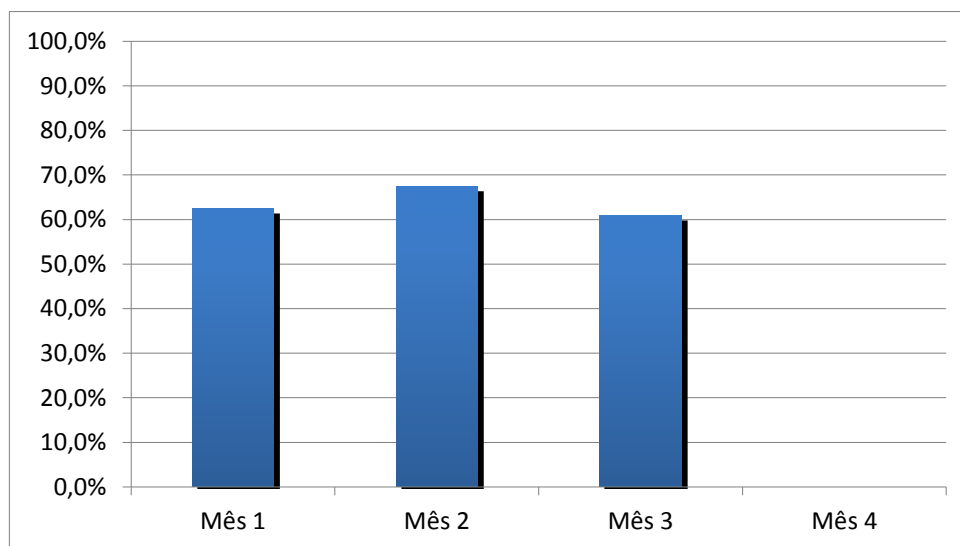


Figura 8 – Gráfico da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.



### **Objetivo 3 - Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.**

#### **Metas:**

Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

#### **Indicadores:**

Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Os usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas programadas foram procurados através de visitas domiciliares pelos ACS, técnicas, enfermeiras e Médico, investigando o motivo pelo qual se ausentaram e para incentivá-los a assistir a outra consulta que seria agendada nesse momento, sendo 20 usuários hipertensos para um 100% no primeiro mês, 34 (100%) no segundo mês e o total que foram 56, atingindo 100%. Diabéticos no primeiro mês foram 2, atingindo 100%, 2 (100%) no segundo mês e 11 (100%) no terceiro mês. Isto nos permitiu resgatá-los e cumprir de forma excelente com esta meta.

### **Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações.**

#### **Metas:**

Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicadores:**

Proporção de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Proporção de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Foram atualizados os registros de acompanhamento de todos os usuários hipertensos e diabéticos, além de realizar uma ficha espelho para cada um destes indivíduos. No primeiro mês, o número de usuários hipertensos foi de 97 (100%), 168 (100%) no segundo mês e no terceiro mês os 234, atingindo 100%. Em relação aos usuários diabéticos que eram 69, no primeiro mês atualizamos 32 (100%), 43 (100%) no segundo mês e no terceiro mês foram 69, totalizando os 100%. Existia na Unidade uma grande desatualização destes registros, mas com o trabalho da equipe conseguimos erradicar este problema.

**Objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.****Metas:**

Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicadores:**

Proporção de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Proporção de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Foi realizada a estratificação do risco cardiovascular a 77 usuários hipertensos no primeiro mês para 79,4%, 134 (79,8%) no segundo mês e 177

(75,6%) no terceiro mês. Em relação aos diabéticos foi realizada a 31 (96,9%) no primeiro mês, 42 (97,7%) no segundo mês, e 59 (85,5%) no terceiro mês. A causa pela qual não conseguimos atingir 100% foi porque existiu um número de indivíduos que faltaram às consultas programadas. A avaliação de 177 hipertensos e 59 diabéticos nos permitiu classificá-los para poder ofertar uma atenção diferenciada, até nas frequências das consultas, aos indivíduos de alto risco, melhorando assim a qualidade de vida e evitando as complicações fatais destas doenças.

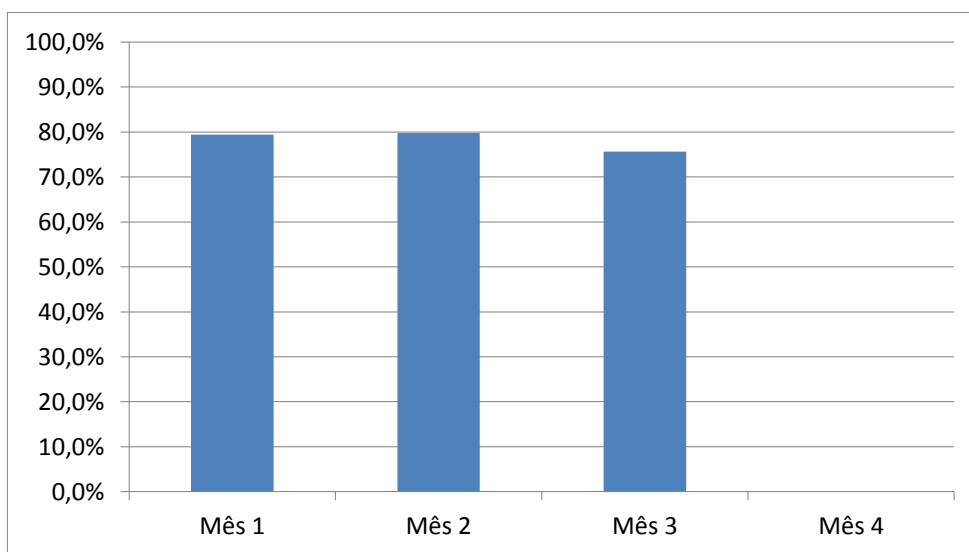


Figura 9 – Gráfico da Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

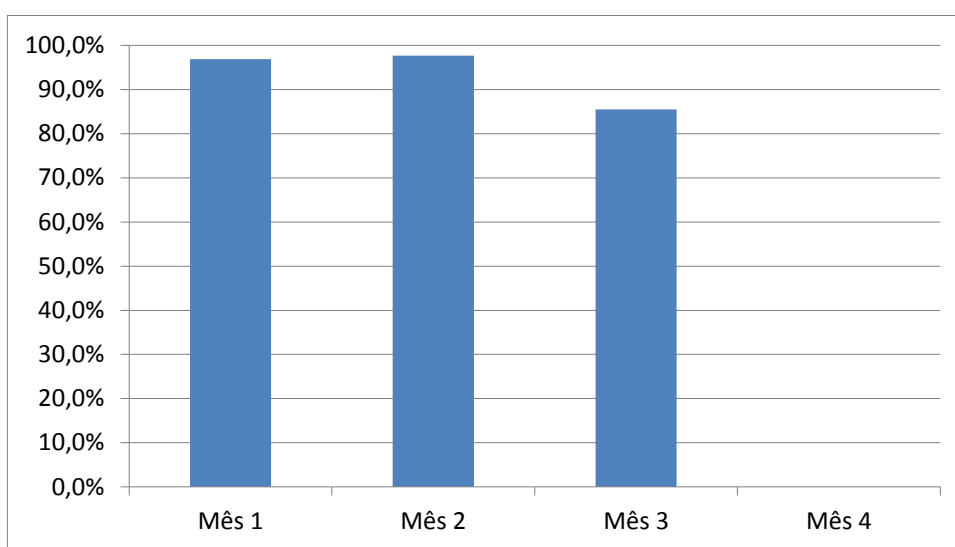


Figura 10 – Gráfico da Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

### **Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

#### **Metas:**

Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

### **Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.**

Indicador: Proporção de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável entre o número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

A promoção sobre alimentação saudável foi um dos desafios da equipe de saúde neste projeto, tendo como referência que nesta localidade não existia muito conhecimento sobre os danos que poderia ocasionar hábitos alimentares inadequados sobre estas patologias. Receberam orientações sobre alimentação saudável 100% dos usuários hipertensos, sendo 97 (100%) no primeiro mês, 168 (100%) no segundo mês e 234 no terceiro mês, totalizando 100% proposto. Estas orientações foram dadas nas consultas, palestras, rodas de conversas, visitas domiciliares e outras situações que podiam originar em outros lugares como na rua, encontros com os grupos, entre outros.

**Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.**

Indicador: Proporção de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável entre o número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A promoção sobre alimentação saudável foi uns dos desafios da equipe de saúde neste projeto, tendo como referência que nesta localidade não existia muito conhecimento sobre os danos que poderia ocasionar hábitos alimentares inadequados sobre estas patologias. Receberam orientações sobre alimentação saudável 100% dos usuários diabéticos, sendo 32 (100%) no primeiro mês, 43 (100%) no segundo mês, e 69 no terceiro mês, totalizando 100% proposto. Estas orientações foram dadas nas consultas, palestras, rodas de conversas, visitas domiciliares e outras situações que podiam originar em outros lugares como na rua, encontros com os grupos, entre outros.

**Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.**

Indicador: Proporção de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física entre o número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

A prática de atividade física regular é fundamental para melhorar a condição física e diminuir os riscos de complicações cardiovasculares destas doenças, além de erradicar o sedentarismo. Na intervenção, o número de hipertensos que receberam esta orientação foi de 234, sendo 97 (100%) no primeiro mês, 168 (100%) no segundo mês, e 234 no terceiro mês, totalizando 100%. Além disso, explicamos as consequências positivas desta no funcionamento e melhora da enfermidade. Isto trouxe uma aceitação muito positiva por parte de todos.

**Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.**

Indicador: Proporção de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física entre o número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A prática de atividade física regular é fundamental para melhorar a condição física e diminuir os riscos de complicações cardiovasculares destas doenças, além de erradicar o sedentarismo. Na intervenção o número de diabéticos que receberam esta orientação foi de 69, sendo 32 (100%) no primeiro mês, 43 (100%) no segundo mês, e 69 no terceiro mês, totalizando 100%. Além disso, explicamos as consequências positivas desta no funcionamento e melhora da enfermidade, além de ser uma das orientações fundamentais do tratamento desta enfermidade. Isto trouxe uma aceitação muito positiva por parte de todos.

#### **Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.**

Indicador: Proporção de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo entre o número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

O tabagismo não é diretamente um fator de risco para o desenvolvimento da HAS, mas sabemos que fumar está associado com um aumento na variabilidade da pressão arterial, e que hipertensos que fumam têm maior risco de desenvolverem Hipertensão maligna e outras complicações renais e cerebrovasculares. Por isto, foi fundamental orientar e convencer que o habito de fumar é muito prejudicial para a saúde e mais para usuários com estas doenças. Conseguimos dar orientação a 97 (100%) usuários hipertensos no primeiro mês, 168 (100%) no segundo mês e 234 no terceiro mês, totalizando 100% dos indivíduos, atingindo a meta proposta.

#### **Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.**

Indicador: Proporção de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo entre o número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

O abandono do tabagismo é fundamental para o usuário diabético pelas complicações associadas que tem este com a doença. As complicações cardiovasculares e renais são mais frequentes em usuários diabéticos que fumam do que os que não. Baseados em tudo isto, foi fundamental orientar a nossos usuários sobre tudo o que poderia ocorrer se fumassem. Orientamos a 32 (100%) no primeiro mês, 43 (100%) no segundo mês e 69 no terceiro mês, atingindo os 100%. Esta ação teve um impacto muito positivo na população.

#### **Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.**

Indicador: Proporção de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal entre o número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Nosso principal objetivo das orientações sobre este indicador foi incentivar o desenvolvimento de ações educativas quanto à saúde bucal. Apesar de que em nossa Unidade de Saúde não existe este serviço, a equipe traçou metas para cumprir com este indicador. Foi orientado a 97 (100%) usuários hipertensos no primeiro mês, 168 (100%) no segundo mês e 234 no terceiro mês, atingindo os 100%.

#### **Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.**

Indicador: Proporção de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal entre o número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Nosso principal objetivo, sobre este indicador foi incentivar o desenvolvimento de ações educativas enquanto à saúde bucal. Apesar de que em nossa Unidade de Saúde não existe este serviço, a equipe traçou metas para cumprir com este indicador, pela força que tem evitar complicações deste tipo nesta doença. Foi orientado sobre o tema a 32 (100%) usuários diabéticos no primeiro mês, 43 (100%) no segundo mês, e 69 no terceiro mês, atingindo 100%.

## 4.2 Discussão

Esta intervenção que terminamos de realizar na ESF de Monte Castelo trouxe para a unidade e a população muitas vantagens e condições muito favoráveis tanto no trabalho como na vida de cada membro da equipe e indivíduo do local. Graças a este processo atingimos 100% da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, alcançando atualizar todos os registros e melhorar a qualidade dos mesmos, situação que estava um pouco precária. Conseguimos buscar e inserir usuários que estavam ausentes à unidade por anos. Realizamos exame clínico com qualidade e a estratificação do risco cardiovascular a todos os usuários que consultaram, além de indicar exames complementares a todos e os que tinham exames em atraso. Alcançamos elevar a cultura sanitária desta população realizando palestras, rodas de conversa e lhes mostrando tudo sobre estas doenças em cada lugar que for possível. O objetivo principal foi elevar a qualidade de vida destas pessoas e que pudessem se sentir protegidos e salvos com nós.

Para atingir um bom resultado neste trabalho era necessário ter uma equipe 100% competente e unida. Desde o princípio começamos com as capacitações, todas com caráter educativo e baseadas nos protocolos do Ministério da Saúde. A equipe cada dia foi se fortalecendo mais e fazendo da intervenção uma ferramenta para aprender e ensinar. Nas capacitações todos os membros da equipe aprenderam a identificar e o que fazer ante a presença de um usuário hipertenso e diabético, conseguindo que cada um de nós ajudasse desde seu lugar a estes indivíduos. O mais importante foi a união de todos, o desejo de descobrir e fazer o bem a cada pessoa que era tratada o que procurava ajuda. Hoje, está se mantendo esta ideologia e se trabalha na melhora de outros programas, sempre baseados na linda e maravilhosa experiência anterior.

Antes da intervenção não existia Medicina Familiar na ESF de Monte Castelo. Este processo estava centralizado somente na consulta da demanda espontânea (pelo médico, técnicas e enfermeira) e o trabalho de promoção e prevenção era nulo. Depois de começar com o projeto foi formada uma equipe com visões e perspectivas diferentes. A organização no trabalho nos permitiu garantir que cada pessoa que procurasse a unidade por estar doente fosse acolhida e atendida, assim como agendar as consultas programadas e realizar outras tarefas. Com isto, a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos foi um sucesso e a



unidade virou um lugar seguro e agradável não só para eles, se não para cada pessoa que precisarem de atendimento.

A comunidade desde o começo ficou comprometida e curiosa por ver do que tratava esta situação da intervenção. Devagar, fomos mostrando as grandes possibilidades e as vantagens que incluía este projeto. Realmente, a população jamais tinha tido um trabalho como este com eles, nunca sentiram tão de perto a saúde. Agendamentos de consultas, acolhimento, exame físico adequado, estratificação do risco cardiovascular, exames complementares, orientações na consulta, rodas de conversa, palestras e visitas domiciliares eram situações completamente novas nas vidas destas pessoas. Nunca imaginaram que isto poderia existir. A aceitação foi geral, ascendente, foi incrível como esta intervenção repercutiu de forma positiva nesta população. Além dos costumes e preconceitos, eles conseguiram se encaixar juntos com nós planejavam e desenvolviam as atividades. O mais importante é que conseguimos lidar com a demanda espontânea sem gerar muita insatisfação na população e que atingimos 100% de cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos, melhorando assim a qualidade de vida deste grupo.

Ainda hoje, estamos criando novas estratégias para melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Penso que poderíamos ter divulgado mais ainda a intervenção. Principalmente lugares de difícil acesso que apresenta a área de abrangência onde se desenvolve nossa equipe. Às vezes, era muito difícil chegar até esses lugares e tivemos vários usuários faltosos aos encontros com a comunidade por ter essa dificuldade. Mas a equipe se esforçou, tentou, lutou para chegar até o último deles, para evitar que ninguém sem importar sexo, raça ou religião ficasse sem as possibilidades e vantagens que ofertou e oferta este projeto de intervenção.

A intervenção foi incorporada à rotina do serviço. Estamos cada dia avaliando e atualizando os registros, continuamos com as pesquisas ativas, orientando e tendo encontros com os usuários, onde deixamos que eles levem as suas dúvidas para ser esclarecidas. Hoje, o funcionamento deste programa está sendo um sucesso. Além disso, começamos a trabalhar com outros programas para melhorar a qualidade de vida dos usuários que pertencem a estes. Tentamos cada dia elevar a cultura sanitária de cada pessoa que pertence a esta Unidade,

gestantes, crianças menores de 1 ano, puérperas, idosos e usuários com patologias crônicas são nossos próximos alvos.

Nos próximos meses, começaremos o trabalho com os outros grupos. A equipe está em função de chegar a cada lugar e cada rincão desta da área levando saúde e incentivando cada pessoa para participar conosco em todas as atividades planejadas.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Ao longo de 12 semanas, de abril a julho de 2015, realizamos uma Intervenção, proposta pela especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, em parceria com a Universidade Aberta do SUS, com os usuários Hipertensos e Diabéticos da ESF de Monte Castelo, com o fim de melhorar e elevar a qualidade de vida deste grupo, tendo como estímulo a morbimortalidade existente na área por estas doenças.

A ESF tem uma população de aproximadamente 1750 habitantes, 234 são hipertensos e 69 diabéticos. Com a intervenção, conseguimos cadastrar 100% destes usuários, atualizamos e organizamos todos os registros, e criamos uma ficha espelho para cada indivíduo. Este processo não só melhorou a atenção a este grupo de usuários, também trouxe maior organização no trabalho e maior capacitação dos profissionais.

No transcurso da intervenção foi necessário criar estratégias para conseguir atender toda a demanda espontânea mais as consultas agendadas dos usuários com estas enfermidades, pois a equipe eliminou o número de fichas, usuário que chegasse ao posto procurando consulta era acolhido e atendido. Na consulta dos usuários hipertensos e diabéticos; realizávamos o interrogatório, parte fundamental na relação médico-usuário; realizávamos o exame físico com qualidade; indicávamos os exames complementares; era realizado a avaliação do risco cardiovascular (permitia classificá-los em baixo, moderado ou alto risco); indicávamos todos os medicamentos da Farmácia Popular; orientávamos sobre alimentação saudável, realização de exercício físico, sobre o prejudicial que é o hábito de fumar para estas doenças e sobre saúde bucal; esclarecíamos dúvidas que surgissem, e ficava marcada a reconsulta e próxima consulta (protocolo do MS). Tudo isto foi nos permitindo conhecer melhor o usuário e entendê-lo.

Outras questões importantes realizadas foram as visitas domiciliares a usuários que moravam muito longe do posto. Nestas visitas, medíamos a pressão arterial (PA), orientávamos, tentávamos integrar estas pessoas aos encontros com a comunidade, pois as vezes tinham indivíduos que não iam à unidade há anos. Além de melhorar a saúde, também criamos fortes laços de amizade e confiança entre os usuários e a equipe. Nas pesquisas ativas realizadas na comunidade, descobrimos vários usuários hipertensos que, até esse momento não sabiam que eram doentes, isto nos permitiu tratá-los, evitando outras complicações que poderiam acontecer no futuro.

A equipe, desde o começo sempre esteve ligada com a intervenção. A dedicação, interesse e motivação nos levou ao êxito deste processo. Ao começo existiram algumas dúvidas e um pouco de insegurança sobre como ia se desenvolver e qual seria a aceitação do povo, mas nada disto afastou as boas ideias e o desejo de fazer o bem. Realizamos capacitações a cada semana, conversávamos dos protocolos constantemente, isto permitiu que cada dia surgissem ideias novas para melhorar a atenção, para melhorar a intervenção.

Desde o princípio, recebemos todo o apoio das autoridades municipais e lideranças da comunidade. A Secretaria da Saúde do município concordou com 100% com os pedidos de diferentes instrumentos e material que necessitaríamos no transcurso do processo. Uma parte importante foi o abastecimento de combustível para realizar as visitas domiciliares, lembrando que a área de abrangência fica numa zona rural, onde a acessibilidade a diferentes pontos da comunidade se faz difícil, mas nunca tivemos nenhuma situação ou negação com o abastecimento. Na localidade, as lideranças e o povo condicionou um local exclusivamente para os encontros que teríamos com eles, situação que nos motivou muito. Outro acontecimento importante foi a implantação do NASF no município. Uma das dificuldades que não conseguimos vencer foi a implantação de Saúde Bucal na ESF, mas continuamos na luta para que aconteça.

Queremos lhes agradecer pelo apoio de todos vocês, especialmente da senhora Sonia, Secretaria de Saúde, que incondicionalmente nos forneceram de cada pedido nosso e confiaram em todos nós. Queremos dizer para vocês que a intervenção é só o começo de um trabalho que vai ter continuidade para outros grupos alvos e que terá o mesmo sucesso que teve este.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Ao longo de 12 semanas começamos a realizar na Comunidade um processo completamente novo e desconhecido para todos vocês. Este processo tinha como nome “Projeto de Intervenção” (PI) e foi realizado com os usuários hipertensos (com pressão alta) e diabéticos da área de abrangência, com o objetivo fundamental de melhorar a saúde destas pessoas. Este projeto trouxe muitas mudanças à unidade de saúde e melhoras para o programa de usuários hipertensos e diabéticos.

No decorrer da intervenção foram cadastrados todos os usuários com pressão alta e diabetes, e preenchida uma ficha para cada um deles, além de organizar e atualizar os prontuários clínicos destes indivíduos. Uma das questões mais relevantes foi a eliminação do número de fichas, o que trouxe reajustes na organização da unidade. Criamos estratégias para poder conseguir atender este grupo e toda a demanda espontânea que chegasse ao Posto. Além disso, realizamos visitas domiciliares a usuários que moravam muito longe do posto, nas visitas medíamos a pressão, dávamos orientações, marcávamos os dias dos encontros com a comunidade para que eles pudessem assistir e conseguíamos criar laços fortes de amizade e confiança entre eles e a equipe, além de conhecer as condições em que viviam estas pessoas. Também visitamos todas as localidades mais rurais e de difícil acesso, criando nelas grupos e agendando encontros para realizar rodas de conversa e palestras. Isto trouxe melhoras na saúde destas populações e o sentimento de que não estão abandonados, pois nunca antes tinham tido esta oportunidade, ainda sendo um direito deles.

Esta intervenção também nos permitiu descobrir novos casos de usuários com pressão alta, que eram doentes faz tempo e que não tinham conhecimento da enfermidade, pois não procuravam o posto de saúde fazia muito tempo. Graças a

este trabalho conseguimos descobri-los e tratá-los para evitar que desenvolvessem complicações graves a longo prazo.

O PI foi a porta de entrada do que será uma nova era no sistema de saúde da população de Monte Castelo. Os resultados obtidos, a aceitação de todos vocês e a dedicação e consagração da equipe, nos motivou para a continuidade deste processo, não só com este grupo, mas também com outros grupos alvos que hoje estão precisando de apoio e ajuda. Nosso fundamental objetivo: Melhorar e elevar cada dia mais a qualidade de vida de nossa população.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

O Curso de Especialização em Saúde da Família foi uma experiência completamente nova para mim. A realização do curso a distância e a forma de ensino foram processos diferentes aos que não estava acostumado. Ao longo da especialização fui compreendendo e adquirindo conhecimento sobre os diferentes protocolos brasileiros, além de conhecer a fundo o SUS, pois a atualização pessoal e das equipes e a implantação destes protocolos nas UBS é necessário para que estas funcionem como está estabelecido, atingindo o objetivo fundamental de uma APS com qualidade.

A programação e desenvolvimento do curso está muito bem organizada, alcançando o especializando de uma maneira didática, dando-lhe as ferramentas necessárias para que este aprenda, ensine e coloque em prática o aprendido. Ao início, para dizer verdade, não estava muito ligado com a especialização, talvez o fato de não entender a fundo o que realmente queria, me fez duvidar de quanto poderia me ajudar e ensinar. Hoje posso dizer que minha formação é diferente, minha visão é diferente, eu como profissional sou diferente, graças a vocês. Hoje tenho conhecimento de como me organizar, criar, e procurar soluções aos problemas da minha comunidade, de como intervir para identificar problemas e dar soluções.

Agradeço, mais uma vez, pela oportunidade que me deram de participar no curso de especialização e pela participação na minha formação como profissional.

## Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária nº 29**- Rastreamento. Brasília – DF 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 36** – Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. Brasília – DF 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Desenvolvimento de Práticas da Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Cadernos de Atenção Básica nº 7**-Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e Diabetes Mellitus - DM. Protocolo. Brasília-DF 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 15**-Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília - DF 2006.

.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 16** - Diabetes Mellitus. Brasília - DF 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 37** - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Hipertensão Arterial. Brasília - DF 2013



## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

[illegible]



## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, Jaile Rodriguez Aguila, Médico com RMS 4300499 e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante